

LE TRAITEMENT DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS PAR STRIPPING ET CROSSECTOMIE DE LA GRANDE ET PETITE VEINE SAPHÈNE A L'HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY : A propos de 31 membres opérés

Sani R*, Bako H**, Adehossi E**, GBaguidi FP*, Onuhua C*, Kollé L*, Amadou M*.

* Service de Chirurgie générale, digestive et vasculaire A ; ** Service de Cardiologie, Maladies Vasculaires et Médecine interne, Hôpital National de Niamey BP : 238 – Niamey - NIGER Tel : 00 227 20 72 22 53 E –mail : r.sani@caramail.com

Correspondences: Dr SANI RACHID BP : 11806 – NIAMEY – NIGER Tel : 00 227 96 96 24 84 (Cellulaire) E.mail : r.sani@caramail.com

RESUME

Objectifs : Les auteurs rapportent les résultats d'une étude sur le traitement des varices des membres inférieurs par le stripping associé à la crossectomie des veines saphènes à l'hôpital National de Niamey.

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective de 5ans et demi de Janvier 2001 à Juin 2006 sur les patients opérés par stripping et crossectomie de la grande veine saphène (GVS) et de la petite veine saphène (PVS) suivi d'une contention élastique. La classification clinique des varices est celle proposée par l'anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 1997en France.

Résultats : La série comportait 27 patients avec 31 membres opérés. L'âge moyen est de 32,4 ans (Extrêmes : 21 et 58 ans). La répartition retrouve 20 hommes et 7 femmes (sex.ratio : 2,8). La durée moyenne des symptômes est de 4,2ans (extrêmes : 3-12 ans). Selon la classification clinique 63 % des patients étaient au stade B, et 37% au stade C. Au total 35 strippings et crossectomies ont été réalisés (28 GVS et 7 PVS). Les gestes associés sont des phlébectomies des varices non systématisées dans 6 cas (14%), ligature des perforantes dans 2 cas (4,6%) et 19 cas (61,3%) de sclérothérapie complémentaire. Les complications post opératoires étaient des hématomes (9,7%), suppurations (6,5%) et paresthésies du nerf saphène (6,5%).La durée moyenne d'hospitalisation est de 11 jours (extrêmes : 4 et 18 jours). Avec un recul moyen de 3ans (6 mois et 6ans) il a été noté 2cas (6,5%) de récurrence liés dans 1 cas à une atteinte de la perforante, et 3 cas (9,7%) d'oedèmes résiduels au niveau des chevilles. **Conclusion :** Les VMI concernent une population jeune .Après un suivi à moyen terme les résultats de la chirurgie par stripping et crossectomie sont satisfaisants sur des varices avec une décompensation du réseau saphène aux stades B et C de l'anaes, mais nécessite un bilan préopératoire clinique et paraclinique minutieux.

Mots clés : varices des membres inférieurs, stripping, crossectomie, Niger

SUMMARY

Objective: The authors reported the results of surgical procedure of lower limbs varicose (LLV) by stripping and crossectomy of saphenous vein at the National hospital of Niamey.

Methods: It is a prospective study during 5 years and half from January 2001 to June 2006. It concerned the all the patients with LLV who underwent a stripping-crossectomy of the great saphenous vein (GVS) and short saphenous vein (SSV) and elastic stocking. The anaes's clinical classification is used.

Results: The series included 27 patients (31 limbs): 20 males and 7 females (Ratio: 2.8). The average age was 32.4 years (ranged: 21 to 58 years). The mean duration of symptoms was 4.2 years (ranged: 3 to 12 years). According the ANAES's classification we found 63% of patients in stage B, and 37 % in stage C. We performed 35 stripping crossectomy (28 for GSV and 7 for SSV) with avulsions accessory veins in 6 cases (14%), incompetent perforator ligature in 2 cases (4.6%) and complementary sclerotherapy in 19 cases (61.3%). The postoperative complications including haematomas (9.7%), wound infections (6.5%) and paraesthesia of saphenous nerve (6.5%) were subsequently resolved with treatment. The mean duration of hospitalization was 11 days (ranged: 4 to 18 days). After a mean follow-up period of 3 years (ranged: 6 months to 6 years) the recurrent varices rate was 6.5% (2cases) due to leg perforators in 1case /2 and 4 cases (9.7%) of residual ankle oedema.

Conclusion: The LLV concerned young people. The results were good and recurrent rate is low after stripping and crossectomy for varicose stage B and C according ANAES's classification. The surgical procedure needed minute clinical and paraclinical assessment.

Keys words: varicose veins of lower limbs, stripping, crossectomie, Niger

I. INTRODUCTION

Les varices des membres inférieurs (VMI) sont très répandus dans le monde surtout dans les pays occidentaux où ils ont une prévalence de 11 à 56 % et rare en Afrique [1,2]. Ils peuvent s'exprimer sur des modes différents, depuis la simple préoccupation esthétique de quelques varicosités diffuses jusqu'aux troubles

trophiques invalidants et douloureux résultant des grandes décompensations du réseau saphène. Leur traitement a bénéficié depuis quelques années d'acquisitions nouvelles qui ont modifié ses techniques et ses indications. Cependant la chirurgie reste un des moyens thérapeutiques le plus utilisé mais nécessite un bilan préopératoire clinique et par écho

doppler, ce qui permet de limiter les séquelles douloureuses et d'éviter des interventions inutiles [1,3,4,5]. Cette étude a pour but de faire le point sur le traitement des varices des membres inférieurs notamment les indications et les résultats de la prise en charge chirurgicale de cette pathologie par le stripping associé à la crossectomie de la grande et de la petite veine saphène à l'hôpital national de Niamey.

II. MALADES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective de 5 ans et demi de Janvier 2001 à Juin 2006 sur les patients hospitalisés dans le service de chirurgie générale et vasculaire de l'hôpital national de Niamey pour varices des membres inférieurs et qui ont subi un traitement chirurgical par crossectomie et stripping des grandes et petites veines saphènes. L'hôpital national de Niamey est le plus grand centre hospitalier du Niger de niveau tertiaire. Les patients sont pris en charge par une même équipe chirurgicale et sous rachianesthésie ou anesthésie générale. Sont contre-indiqués à la chirurgie : les femmes enceintes, les patients porteurs de thrombose veineuse profonde, de lymphoedème et d'une artériopathie des membres inférieurs.

a. Le bilan clinique et paraclinique : La classification clinique des varices est celle proposée par le groupe de travail de l'Anaes sur le traitement des varices des membres inférieurs (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en France en 1997 et qui distinguait trois stades [6] :

- **stade A** : varices asymptomatiques ;
- **stade B** : varices symptomatiques, avec signes fonctionnels (lourdeurs de jambes, crampes nocturnes, etc.), signes physiques modérés (oedème de cheville vespéral), ou préjudice esthétique important ;
- **stade C** : varices compliquées avec oedème permanent, troubles trophiques, thromboses veineuses superficielles, rupture.

L'examen clinique comprend les épreuves suivantes : Epreuve de Pratt recherchant l'atteinte des perforantes, de Trendelenburg pour la recherche d'une insuffisance ostiale de la grande veine saphène (GVS) et de la petite veine saphène (PVS) et les épreuves de Linton et de Perthes à la recherche d'atteinte du réseau veineux profond (RVP). Le bilan paraclinique comporte un Doppler continu avec appareil de poche, et une échographie Doppler pulsé du réseau veineux et artériel des membres inférieurs.

b. Les techniques :

1. Crossectomie et éveinage tronculaire par télescopage associés à des phlébectomies des collatérales :

-Au niveau de la grande veine saphène on réalise la ligature au ras de la veine fémorale à distance des collatérales de la crosse. Le stripping à l'aide d'un stripper sera court

(jusqu'à la jarretière) ou long (jusqu'à la malléole interne)

- Au niveau de la petite veine saphène : le principe est le même.

2. Gestes associés : Ligatures des perforantes si elles sont incontinentes. Pour les varices non systématisés: phlébectomies par abord direct par des petites incisions ou injection peropératoire ou postopératoire de sclérosant. Le sclérosant utilisé est le Tétradécyl sulfate de sodium (Trombovar*) . Le traitement est suivi d'une contention élastique. Le lever et la marche à J0.

c. Suivi post opératoire

- Après la sortie : à 1 mois, 3 mois, et n'importe quelle période si réapparition de plaintes. Ce suivi est rendu possible grâce au développement de la téléphonie cellulaire le numéro du téléphone du patient ou d'un membre de sa famille le plus proche.

-Recherche d'atteinte neurologique (nerf saphène)

- Recherche de récurrence de varices, réapparition des signes fonctionnels

Les variables suivantes sont étudiées : age, sexe, siège des varices, le motif d'hospitalisation, la durée d'évolution des varices, la classification clinique, traitements reçus et l'évolution.

III. RESULTATS

Pendant cette période 27 patients, 31 membres inférieurs ont été pris en charge ; L'âge moyen des patients était de 32,4 ans (Extrêmes : 21 et 58 ans). Il s'agit de 20 hommes (74,1%) et 7 femmes (25,9 %) soit un sex.ratio de 2,8.

a. Clinique

La durée moyenne des symptômes est de 4, 2 ans (Extrêmes : 3 - 12 ans). Sur le plan étiopathogénique il y a 23 cas (85,2%) de varices essentielles et 4 cas (14,8%) des varices malformatives. Les signes cliniques qui ont motivé la consultation sont répertoriés dans le tableau I.

Tableau I. Symptomatologie clinique des patients présentant des VMI

SIGNES CLINIQUES		NOMBRES	%
GENE FONCTIONNELLE	-Lourdeurs de jambes	23	74,2%
	-Douleurs	19	61,3%
	- Oedèmes	5	16,1%
	-	3	9,7%
	Paresthésies		
	-Crampes		
GENE ESTHETIQUE	-cordons veineux gênants	4	12,9%
COMPLICATIONS	-Rupture	1	3,2%
	-Ulcères variqueux	4	12,9%
	-	3	9,7%
	-	3	9,7%
	Thromboses variqueuses	7	22,6%
	-eczéma variqueux		
	-dermite et hypodermite		

Les symptômes sont dominés par les lourdeurs des jambes (74,2%), les oedèmes et les douleurs (épisodes et permanentes) dans 61, 3% des cas chacun. La gêne esthétique a concerné 4 patients (12,9%) de sexe féminin. Les complications sont dominées par les lésions cutanées (dermite, hypodermite) dans 7 cas (22,7%) suivies d'ulcères variqueux dans 4 cas (12,9%) et thromboses variqueuses dans 3 cas (9,7%), et 1 patient (3,2%) a été admis aux urgences chirurgicales pour rupture externe de varices. La classification clinique selon l'ANAES retrouve 17 patients (63%) au stade B, et les 10 autres patients (37%) au stade C étaient de sexe masculin. Sur le plan morphologique 19 patients (70,4%) ont bénéficié d'une échographie couplée au Doppler du réseau veineux et artériel; le Doppler continu a été réalisé chez tous les patients. Sur le plan topographique il y a 23 cas de VMI unilatéraux (15 cas à gauche et 8 cas à droite) et 4 cas de VMI bilatéraux. Sur les 31 membres atteints, les varices siègent au niveau de la saphène interne dans 24 cas (77,4%), saphène externe dans 3 cas (9,7%), la saphène externe et interne ensemble dans 4 cas (12,9%), les saphènes accessoires non systématisées et petites varicosités dans 12 cas (38,7%), et les veines perforantes dans 2 cas (6,5%).

b. Gestes opératoires réalisés

Tableau II: Répartition des différentes techniques réalisées dans le traitement des VMI

Gestes	Nombres	%
Stripping SI + Crossectomie	28	65,1
Stripping SE + Crossectomie	7	16,3
Phlébectomies des veines accessoires associées au stripping	6	14
Ligature des perforantes	2	4,6
Total des gestes	43	100

Au total 35 strippings et crossectomies (81,4%) des GVS et PVS. Les 28 cas de stripping et crossectomie de la GVS sont repartis en 24 strippings longs (85,7% et 4 strippings courts (14,3%); Les 7 strippings de la PVS sont repartis en 6 stripping courts et 1 stripping long. Les 2 perforantes incontinentes découvertes au Doppler ont été ligaturées. Sur 3 membres (7,9%) il été réalisé des greffes cutanées pour des lésions ulcéreuses. Vingt quatre patients (88,9%) ont eu un rachianesthésie et chez 3 patients (11,1%) une anesthésie générale. Un traitement anticoagulant (héparine à bas poids moléculaire) a été nécessaire chez 4 patients

(14,8%) en raison de facteurs de risque (obésité). Dans les suites opératoires: Il a été observé 3 cas d'hématomes (9,7%) dont 2 cas se sont résorbés spontanément et 1 cas ayant nécessité une ponction drainage, 2 cas (6,5%) de suppurations au niveau de l'incision à la racine du membre. La durée moyenne d'hospitalisation est de 11 jours (extrêmes: 4 et 18 jours). La sclérothérapie complémentaire en per et post-opératoire a été réalisée sur 19 membres (61,3%).

Tous les patients ont été revus à 1 mois et à 3 mois, il a été noté 2 cas (6,5%) des troubles neurologiques mineurs irritatifs à type de dysesthésie le long des GVS ayant évolués favorablement, et aucun cas de thrombophlébite. Avec un recul moyen de 3 ans (extrêmes: 6 mois et 6 ans), Les résultats sont satisfaisants seuls 3 membres (9,7%) ont présenté des oedèmes résiduels au niveau des chevilles, il s'agit des patients n'ayant pas porté régulièrement leur contention élastique et 2 cas (6,5%) de récurrence des varices dont 1 cas dans un territoire opéré et l'autre cas dans un territoire non traité; l'exploration au Doppler a mis en évidence 1 atteinte de perforante dans un cas et dans l'autre aucune cause n'a été retrouvée, ces récurrences ont été traitées par chirurgie (1 cas) et par sclérothérapie (1 cas).

IV. DISCUSSION

L'objectif de cette étude est de rapporter les premiers résultats au Niger sur le traitement chirurgical des varices par le stripping associé à la crossectomie des GVS et PVS réalisé par une même équipe chirurgicale. Dans notre série, les varices intéressent une population jeune (32,4 ans) avec une prédominance masculine (ratio: 2,8), cette tendance est retrouvée dans les rares études africaines avec un âge moyen inférieur à 40 ans et un pourcentage de patients de sexe masculin variant de 58,1 à 72, 8% [2,7]. Dans les pays occidentaux et asiatiques l'âge moyen est supérieur à 40 ans et la prédominance est féminine [1, 2,8]. Les patients pris en charge dans notre série sont tous symptomatiques et les préoccupations esthétiques sont secondaires (14,8%) et dans la série de Diarra à Dakar ce taux est de 15,38%, il est plus élevé dans les séries occidentales [1,2].

Le traitement des varices porte sur deux grands types de techniques: les unes sont appelées techniques destructives qui comprennent les techniques d'exérèse (chirurgie classique) des veines variqueuses et les techniques d'oblitération, comme la sclérothérapie, la radiofréquence, le Laser ou le V-clip; et les autres sont des techniques conservatrices, comme la cure hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire (Chiva) ou la valvuloplastie externe. Pour réunir les critères d'un geste chirurgical efficace, il est nécessaire d'avoir une indication bien posée; Celle-ci dépend non seulement

d'un examen clinique soigneux, mais surtout d'une analyse exacte de la situation hémodynamique veineuse des membres inférieurs. Dans notre série tous les patients ont bénéficié de plusieurs épreuves cliniques qui ont permis avant la réalisation du Doppler continu et de l'écho doppler veineux de donner des orientations sur l'atteinte de la saphène (réseau perforant, reflux au niveau de la crosse et l'atteinte du réseau veineux profond).

Le stripping et crossectomie est la technique de référence dans la chirurgie d'exérèse des varices [2,4,6,7,8,9,10] , elle associée avec des indications bien codifiées ; l'éveinage est proposé chaque fois qu'il y a une décompensation des axes saphéniens avec ectasie et incontinence des crosses et tronculaire , la crossectomie a comme principale indication l'incontinence de la crosse. Dans notre étude cette technique a été proposée à des patients symptomatiques au stade B et C de l'anaes [6] avec un délai moyen d'apparition des varices de 4 ans c'est-à-dire une maladie évoluée. Les principales complications post-opératoires immédiates étaient des hématomes (9,7%), des suppurations (6,5%) et des paresthésies liées aux lésions du nerf saphène (6,5%), et elles sont retrouvées dans la série de Kam et réparties selon cette distribution : 6,4%, 5,8% et 3,2% [8] et Diarra à Dakar a trouvé 3,84% des lésions neurologiques [2]. Les complications liées aux lésions du nerf saphène sont fréquentes dans le stripping saphène externe long et Koyano a rapporté 20,8% de lésion du nerf saphène externe et aucune dans le stripping court [3,11]. La plupart des strippings de la petite veine saphène sont courts car le reflux dans le tronc de la veine est localisé à sa moitié supérieure [3] et dans notre étude le stripping court a été la procédure la plus réalisée (6 cas sur 7) pour les PVS. Pour le stripping de la GVS, il est généralement conseillé de le réaliser de haut en bas pour minimiser le traumatisme du nerf saphène interne [3,12].

Les résultats du stripping associé à une crossectomie sont diversement appréciés dans la littérature, le taux de récurrences à long terme varie de 6 à 65 % dans la littérature occidentale [3,4,9] et Kam dans sa série en Asie avec un recul de 7ans a rapporté un taux de récurrence de 3% concernant le stripping - crossectomie de la GVS [8] , dans notre étude le taux de récurrence est de 6,5% avec recul moyen de 3ans (Extrêmes :1 et 6ans). La récurrence pourrait trouver une explication dans l'éthiopathogénie de la maladie variqueuse qui n'est pas totalement élucidée car deux hypothèses sont toujours retenues : l'hypothèse hémodynamique qui a longtemps prévalu est actuellement abandonnée mais considérée comme en facteur favorisant ; l'hypothèse pariétale bénéficie d'un faisceau d'arguments prouvant que la maladie variqueuse est liée à l'altération initiale de la

paroi (dégénérescence hypertrophique des fibres collagènes et une dégradation des cellules musculaires de la média et l'adventice) responsable de la dilatation qui entraînerait la dilatation des vaisseaux d'où incontinence valvulaire et reflux [3,4,10]. En cas de récurrence il est préconisé de refaire une re-exploration fonctionnelle de la jonction saphéno-fémorale et des vaisseaux perforants [13,14] ; Dans l'étude de Perrin la jonction saphéno-fémorale est impliquée dans 47,2% et les vaisseaux perforants dans 54,7% dans la récurrence des varices après la chirurgie [14].L'héparinothérapie a concerné 14,8 % des patients dans cette étude , elle est conseillée par la plupart des auteurs surtout quand il existe des facteurs de risque de maladie thrombo-embolique [4,6,12]. L'évaluation des résultats par la classification CEAP (Clinical, Etiologic, Anatomic, Pathophysiologic (scoring system)) est actuellement la plus utilisée bien que certains auteurs continuent à utiliser d'autres méthodes telle que la classification d'ayachi, de Rutherford et al, ou l'AVVSSS (Aberdeen Varicose Vein Symptom Severity Score) [2, 6, 9, 10,15].

Les autres techniques (Chiva, Radiofréquence et Laser endoveineux, V-clip etc.) sont d'actualité, mais en raison du matériel, des différents protocoles et de manque d'homogénéité des indications, les procédures optimales ne sont pas totalement définies et le recul n'est pas assez suffisant selon la littérature pour apprécier l'efficacité et comparer les résultats de ces techniques au stripping et crossectomie [3,4,6,10,13,16] .Par ailleurs certaines études ont montré la supériorité du stripping et crossectomie sur la sclérothérapie exclusive ; et l'échosclérothérapie apporte un gain de sécurité et d'efficacité doit être préférée à la sclérothérapie conventionnelle[6,9,13,17].

CONCLUSION

La maladie variqueuse concerne une population jeune et son traitement fait partie de l'activité chirurgicale à l'hôpital national de Niamey. L'acquisition par le service de cardiologie et pathologie vasculaire d'un appareil d'écho doppler à contribuer à améliorer la prise en charge des VMI. Le stripping- crossectomie associé à quelques avulsions veineuses a donné des résultats satisfaisants à moyen terme avec un taux de récurrence de 6,5% sur des varices symptomatiques à un stade évolué. Les complications post opératoires y compris les paresthésies du territoire saphène ont évoluées favorablement.

Références

1. **Gobin JP, Grossetête C.** Insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs. *Encycl. Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), Angéiologie, 19-2010 ; 1997, 11p
2. **Diarra O et al.** Pathologie variqueuse des membres inférieurs. A propos de 52 cas opérés au CHU de Dakar. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003, 2(2) : 35-38
3. **Chambon JP.** Chirurgie des varices. *Encycl. Med Chir.* (Elsevier, Paris), Angéologie, 19-4030, 1997, 7p
4. **Renaudin JM.** Chirurgie des varices : Indications « In Fabiani JN, Kieffer E. *Chirurgie des vaisseaux. Tome 2* » Edition Arnette. Paris. 1997, pp : 391-395
5. **Baud JM, Lemasle Ph.** Exploration actuellement utiles pour l'indication du traitement des varices des membres inférieurs. *Annales de Chirurgie.* 1997 ; 51(7) : 729-734
6. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Indication du Traitement chirurgical des varices essentielles des membres inférieurs. Paris ; ANAES. 1997
7. **Diallo G, Ongoiba N, Diallo Y, Keita S.** Varices des membres inférieurs : Traitement chirurgical à propos de 60 cas opérés. *Annales de Chirurgie.* 1998 ; 52 :210-5
8. **Kam MH, Tan SG.** Results of long saphenous vein stripping. *Singapore Med J.* 2003; 44(12): 639-642
9. **Winterborn RJ, Earnshaw JJ.** Crossectomy and great saphenous vein stripping. *J Cardiovasc Surg.* 2006; 47: 19-33
10. **Perrin M.** Cure chirurgicale des varices des membres inférieurs par stripping des veines saphènes. *Annales de Chirurgie.* 1997 ; 51(7) : 735-744
11. **Koyano K.** Selective stripping operation based on Doppler ultrasonic finding for primary varicose veins of the lower extremities. *Surgery.* 1988; 103: 615-619.
12. **Creton D.** Eveinage conventionnel: techniques, complications, resultats." In Kieffer E, Bahnini A . *Chirurgie des veines des membres inférieurs*". Paris: AERCV, 1996: 125-143
13. **Zaraca. F, Ebner H.** Causes and treatment of recurrent varices of the lower limbs *Chir Ital.* 2005 Nov-Dec;57 (6):761-5.
14. **Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR Jr.** Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). *J Vasc Surg.* 2006 Feb;43 (2):327-34 .
15. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Traitement des varices des membres inférieurs. Paris ; ANAES. Juin 2004
16. **Puggioni A, Kalra M, Carmo M, Mozes G, Gloviczki P.** Endovenous laser therapy and radiofrequency ablation of the great saphenous vein: analysis of early efficacy and complications. *J Vasc Surg.* 2005 Sep;42 (3):488-93
17. **Rutgers PH, Kitslaar PJ.** Randomized trial of stripping versus high ligation combined with the sclerotherapy in the treatment of the incompetent greater saphenous vein. *Am J Surg.* 1994; 168:311-5